

FRAGEBOGEN

für die perfekte Arbeitskraftabsicherung

Bisher haben Sie schon vieles richtig gemacht, denn Sie sind bei uns gelandet und wir lassen Sie jetzt nicht mehr im Stich. Wir geben zu, dass dieser Fragebogen eine Herausforderung ist, aber wir versuchen alles so gut wie möglich zu erklären. Grundsätzlich sind die Daten dafür da, dass wir für Sie ein persönliches, aber anonymes Angebot bei verschiedenen Versicherern einholen können. So können wir prüfen, ob und wo Sie am besten zu versichern sind.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Gewünschte Absicherung

Haben Sie sich schon Gedanken zu Höhe und Laufzeit der benötigten Absicherung gemacht?

Nein, machen wir das bitte in der persönlichen Beratung

Ja, ich wünsche _____ EUR bis ich _____ Jahre alt bin

Berufliche Daten

Berufliche Stellung: angestellt selbständig verbeamtet in Ausbildung _____

Beruf: _____

Berufsausbildung: _____

Höchster Bildungsabschluss: _____

Personalverantwortung: Nein Ja, für _____ Personen

Körperliche Arbeit: _____ % Bürotätigkeit: _____ % Reisetätigkeit: _____ %

Nebentätigkeit: _____

Sind Sie im Beruf Gefahren, wie z.B. Chemikalien, radioaktive Stoffe, giftige Dämpfe, Flugrisiko oder der Aufenthalt in Krisengebieten ausgesetzt? Nein Ja

Jährliches Einkommen: _____ EUR (Brutto) _____ EUR (Netto)

Persönliche Daten

Bitte antworten Sie immer so genau wie möglich. **Wenn Sie sich unsicher sind, fragen Sie Ihren Arzt oder bitten Sie Ihre Krankenversicherung um Auskunft.** Wenn wir hier was falsch angeben, kann der Versicherer unter Umständen sogar noch im Leistungsfall vom Vertrag zurücktreten. Das heißt, es gibt kein Geld und kein Geld zurück. Außerdem bilden Ihre Antworten die Basis der Beratung. Wir suchen vielleicht den falschen Tarif aus, wenn die Angaben nicht stimmen.

Alle Angaben werden nur anonym verwendet. Erst in der tatsächlichen Antragsstellung erfährt der Versicherer Ihren Namen.

Risikorelevante Daten

Wie groß sind Sie? _____ cm

Wie viel wiegen Sie? _____ kg

Haben Sie in den letzten 12 Monaten aktiv geraucht? Nein Ja

Haben Sie je aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Nein Ja

Haben Sie gefährliche Hobbies, wie z.B. Reiten, Motorradfahren, Klettern, Bergsteigen, Tauchen usw.? Nein Ja, _____

Planen Sie in den kommenden 12 Monaten eine Reise ins Ausland, die mehr als 3 Monate andauern wird? Nein Ja, _____

Gesundheitsfragen

Geben Sie bei allen folgenden Fragen, die Sie mit „Ja“ beantworten, die genaue **Diagnose, Datum der Diagnose, Verlauf und Folgen** und **den behandelnden Arzt** auf der letzten Seite an. Z.B.: rechtes Bein gebrochen, am 09.02.2018, nach konservativer Behandlung und REHA seit dem Mai 2018 folgenlos ausgeheilt. Bis heute behandlungs- und beschwerdefrei. Arzt war Dr. X in der Y Klinik.

1. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion oder eine Krebserkrankung festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
2. Bestehen Behinderungen (auch angeborene) oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
3. Haben Sie einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Die nun folgenden Fragen beziehen sich grundsätzlich nur auf die letzten 5 Jahre!

4. Wurden Sie länger als zwei Wochen am Stück krankgeschrieben?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
5. Nehmen oder nahmen Sie über einen längeren Zeitraum regelmäßig größere Mengen Alkohol (mehr als 1 Monat lang täglich oder ein Jahr jeden 2. Tag), Drogen oder Medikamente (2 Wochen lang täglich oder 20 Tage im Jahr ein gleichartiges Medikament) zu sich oder wurden Sie deswegen beraten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden...		
a. ... des Herzens oder des Kreislaufs (z.B. erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Venen-, Arterien-erkrankungen, Schlaganfall, Thrombose, Krampfadern)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
b. ... an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, berufs- bedingte Atemwegsprobleme)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
c. ... an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
d. ... an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z.B. Nierenentzündung, Stein- leiden)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
e. ... des Stoffwechsels (z.B. Schilddrüse, Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
f. ... der blutbildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
g. ... durch akute oder chronische Infektionen (z.B. Malaria, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
h. ... der Psyche (z.B. Angststörung, Depression, Essstörung)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
i. ... des Gehirns oder Nervensystems (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Migräne)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
j. ... der Wirbelsäule, Bandscheiben (z.B. Nacken- oder Rückenbeschwerden, Band- scheibenvorfall, Hexenschuss)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
k. ... der Knochen, Gelenke, Bänder, Muskeln, Sehnen (z.B. Abnutzung, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
l. ... der Haut, Allergien (z.B. Heuschnupfen, Neurodermitis, (Kontakt-) Ekzem, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
m. ... der Augen (z.B. Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Fehlsichtigkeit (Dioptrien):	Links _____	Rechts _____
n. ... der Ohren (z.B. Tinnitus, vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

7. Waren Sie in den letzten 10 Jahren in stationärer Behandlung, Reha- oder Entzugsbehandlung oder hatten eine Operation oder ist einer dieser Punkte ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren vorgesehen oder angeraten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
8. Hausarzt (Name, Anschrift):		
9. Hat in den letzten fünf Jahren eine Gesellschaft einen Antrag für eine Versicherung auf Ihr Leben, Ihre Gesundheit oder Ihre Arbeitskraft abgelehnt oder nur zu erschweren Bedingungen angenommen oder sind Sie derzeit schon gegen Berufsunfähigkeit versichert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Falls ja, bitte Gesellschaft und Zeitpunkt des Antrags angeben:		

Mit meiner Unterschrift und Rücksendung des Fragebogens bestätige ich die Richtigkeit aller Antworten zum unten genannten Datum. Darüber hinaus gestatte ich der makno Versicherungsmakler GmbH die Verwendung dieser Daten zur geschäftsmäßigen Einholung von Angeboten.

_____, den _____
Ort Datum Kunde

Weitere Angaben

Zu Frage	Genauere Erläuterung. Bitte geben Sie die Diagnose, den Zeitpunkt des Eintritts und den Zeitpunkt der folgenlosen Ausheilung an, sofern das zutrifft. Z.B.: rechtes Bein gebrochen, am 09.02.2018, nach konservativer Behandlung und REHA seit dem Mai 2018 folgenlos ausgeheilt. Bis heute behandlungs- und beschwerdefrei. Arzt war Dr. X in der Y Klinik.
—	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
—	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>